

NOTIFICA CHIUSURA FARMACIA PER FERIE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. _____) _____

sita in _____ via/piazza _____ n° _____

NOTIFICA (scegliere l'opzione)

la non volontarietà di fruizione delle ferie per quest'anno

la chiusura dell'esercizio per le ferie nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dichiara:

che nel suddetto periodo la farmacia **non ha obblighi di turni**

che detto periodo di chiusura è stato **concordato** con i titolari delle farmacie vicine (indicare quali):

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceuticateritoriale.asolo@aulss2.veneto.it (Distretto di Asolo) o farmaceuticateritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it (Distretto di Pieve di Soligo) o farmaceuticateritoriale.treviso@aulss2.veneto.it (Distretto di Treviso) e p.c. al Sindaco del Comune sede della Farmacia e all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso (ordinefarmacistiv@pec.fofi.it)